

La kératite interstitielle primitive au cours du zona ophtalmique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri MORET

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 10 Janvier 1906 à ARUDY (Basses-Pyrénées)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

**LA KÉRATITE INTERSTITIELLE PRIMITIVE
AU COURS DU ZONA OPHTALMIQUE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

La kératite interstitielle primitive au cours du zona ophtalmique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri MORET

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 10 Janvier 1906 à ARUDY (Basses-Pyrénées)

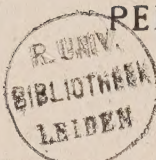


LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
	TIXIER
	BERARD
	VORON
Clinique obstétricale et Accouchements	ROLLET
Clinique ophtalmologique	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEPINE (J.)
Clinique neurologique et psychiatrique	MOURIQUAND
Clinique des maladies des enfants	VILLARD
Clinique des maladies des femmes	COLLET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	GAYET
Clinique des maladies des voies urinaires	NOVE-JOSSERAND
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	FLORENCE
Chimie biologique et médicale	MOREL
Chimie organique et Toxicologie	BRETIN
Matière médicale et Botanique	GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	LATARJET
Anatomie	POLICARD
Histologie	DOYON
Physiologie	FROMENT
Pathologie interne	CADE
Pathologie et Thérapeutiques générales	FAVRE
Anatomie pathologique	PATEL
Chirurgie opératoire	ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	Etienne MARTIN
Médecine légale	COURMONT (P.)
Hygiène	SAVY
Thérapeutique	LEULIER
Pharmacie et Pharmacologie	PIERY
Hydrologie thérapeutique et climatologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, *président* ; DUFOURT, *assesseur* ;
DEVIC et GATÉ, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND' MÈRE

Je l'aime de tout mon cœur, de
petit-fils.

A MON PÈRE

Le meilleur, le plus aimé des
maîtres.

A MA MÈRE, A MA SŒUR RAYMONDE

Faible témoignage de mon inalté-
rable affection, de mon amour infini.

A MON PARRAIN

Je l'aime à l'égal de mon père et
suis heureux de lui exprimer ici ma
profonde reconnaissance pour les bons
conseils qu'il m'a toujours prodigués.

A TOUS LES MIENS

A MON MEILLEUR AMI, LUCIEN LAJEUNESSE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Professeur de la Clinique ophtalmologique
Officier de la Légion d'honneur

Il nous fit le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse
et nous réserva toujours le meilleur
accueil. Qu'il reçoive ici l'expression
de notre respectueuse et profonde re-
connaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES ROLLET

Ancien Chef de Clinique à la Clinique ophtalmologique

Il se fit un vif plaisir de nous don-
ner les renseignements nécessaires
pour mener à bien notre modeste tra-
vail.

Nous l'en remercions bien sincè-
rement.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
DE L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE.

LA KÉRATITE INTERSTITIELLE PRIMITIVE AU COURS DU ZONA OPHTALMIQUE

Introduction

Le 1^{er} octobre 1929 entre à l'Hôtel-Dieu, dans la Clinique de M. le Professeur Rollet, une malade âgée de 58 ans, envoyée du service du docteur Pallasse où elle était soignée pour un zona ophtalmique : la cornée est devenue trouble et grise et, comme on craignait qu'elle ne s'ulcère, elle est envoyée à la clinique ophtalmologique, afin d'instituer un traitement.

Les cas de kératite interstitielle au cours du zona ophtalmique sont assez rares, les observations publiées sont relativement peu nombreuses, c'est pourquoi il était intéressant de reprendre une question encore obscure et non élucidée. M. le Professeur Rollet nous chargea de ce travail, nous éclairant de ses conseils les plus avisés, nous apportant avec bonne grâce des renseignements précieux. Nous l'en remercions de tout cœur. Nous tenons à joindre aussi, une fois de plus, dans nos remerciements, M. le Docteur Jacques Rollet, chef de clinique ophtalmologique, qui se fit un vif plaisir de nous donner les indications nécessaires pour mener à bien notre modeste travail.

Après avoir donné un aperçu symptomatologique succinct du zona ophtalmique, nous ferons un rapide exposé sur l'historique des kératites interstitielles au cours de cette affection.

Dans un deuxième chapitre, nous nous efforcerons de faire une étude anatomo-clinique propre à l'infiltration interstitielle de la cornée, au cours du zona ophtalmique; après quoi, nous insisterons sur le diagnostic en passant en revue les différentes sortes de kératites et les moyens de les différencier les unes des autres.

Quant à l'étiologie et à la pathogénie, ce sont encore des questions peu approfondies, enveloppées d'un certain mystère, qu'il importe de traiter avec le plus grand soin, la plus grande attention : nous en ferons un chapitre spécial, en tâchant de mettre en relief le mécanisme des lésions interstitielles et profondes de la cornée.

Enfin nous terminerons notre étude en passant rapidement sur le pronostic et le traitement.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu symptomatologique du Zona ophtalmique et Historique des Kératites Interstitielles au cours de cette affection

Le zona ophtalmique mérite, en raison de sa gravité, une mention spéciale : c'est une affection se caractérisant par une éruption qui s'effectue suivant le trajet anatomique de la branche de Willis. Il survient plutôt chez les gens âgés et s'annonce par de la céphalée des étourdissements, une douleur dans la région frontale et orbitaire, parfois de la fièvre et des vomissements, mais rarement.

L'éruption peut se produire sur un érythème péri-orbitaire avec gonflement faisant craindre un érysipèle ; alors surviennent des vésicules, parfois confluentes, ou de véritables bulles sur le front ; la paupière qui est abaissée se relève difficilement. Des douleurs névralgiques violentes au niveau du front, autour de l'œil, de la racine du nez, sur le haut de la tête d'un côté, complètent le tableau clinique.

Les manifestations sont unilatérales : à peine peut-on citer quatre ou cinq observations de zona bilatéral. L'éruption et les douleurs continuent leur évolution pendant quelques jours ; les vésicules se dessèchent pour laisser place à quelques plaques cicatricielles, mais bientôt apparaissent des troubles oculaires qui indiquent que les trois branches du nerf ophtalmique, le nerf frontal, le nerf nasal, le nerf lacrymal étaient intéressés ; les nerfs ciliaires, branches afférentes du ganglion ophtalmique qui reçoit sa racine sensitive du nerf ophtalmique, sont altérés. Ces troubles oculaires s'accompagnent de douleurs très violentes, une photophobie intense et du larmoiement.

Les lésions de la cornée, surtout de l'iris, de la choroïde, du nerf optique, les paralysies motrices de la paupière, des muscles de l'œil (troisième paire) de l'accommodation sont des complications habituelles de ce zona ophtalmique.

Ces complications oculaires apparaissent, disent les auteurs, dans les trois quarts des cas, mais M. le Professeur Rollet a montré, il y a quelques années, que le zona ophtalmique était une entité clinique, une affection systématisée, unilatérale, caractérisée par une triade symptomatique : éruption, douleur, lésion oculaire. Les lésions qui intéressent l'œil et ses annexes ne sont pas des complications, car elles sont constantes si on les recherche attentivement et elles méritent d'être groupées sous le terme de « zona oculaire ».

La cornée est très fréquemment atteinte ; le plus souvent, on note à la cornée une lésion qui, aban-

donnée à elle-même, peut aboutir rapidement à des désordres oculaires multiples très graves : c'est la vésicule cornéenne qui se présente sous l'aspect d'un plissement épithélial grisâtre et qui par la suite peut provoquer un ulcère de la cornée. Ce peut être aussi la kératite parenchymateuse, circonscrite, sans altération épithéliale superficielle, trouble en feutrage, faisant songer à l'opacification du réseau plexiforme nerveux ; mais ces cas de kératite profonde sont plutôt exceptionnels, et la littérature médicale n'en cite que quelques observations.

C'est M. le Professeur Rollet qui, le premier, a attiré l'attention sur cette lésion cornéenne profonde, en 1896, dans la thèse de son élève Duméry : l'épithélium antérieur de la cornée était intact dans sa constitution anatomique, ne présentant pas de point d'ulcération ; la seule lésion vraiment intéressante, dominant le tableau clinique, était une légère opacification des couches profondes de la cornée.

Deux années plus tard, en 1898, Sulzer, dans son ouvrage « Contribution à l'étude du zona ophtalmique », publie deux observations de kératite interstitielle sans atteinte épithéliale : il insiste sur ce fait, et montre qu'il y a une réelle difficulté à distinguer l'infiltration primitive du tissu cornéen de l'infiltration secondaire consécutive à la lésion épithéliale. En se rappelant, dit-il, le fait que les vésicules de la cornée évoluent parfois sans produire une infiltration sensible du tissu propre de la cornée, on peut conclure que fort probablement les infiltrations précoces et étendues de la cornée observées en même

temps qu'une éruption vésiculeuse, sont des kératites interstitielles primitives.

Le Docteur Morax avait vu, lui aussi, un cas de kératite profonde au cours d'un zona ophtalmique.

Semblable atteinte de la cornée fut observée en 1900 par Köster : kératite parenchymateuse survenant chez un jeune homme de 22 ans, consécutive à un zona ophtalmique.

L'observation publiée par Terrien, en 1900, dans les *Archives d'Ophtalmologie*, est très intéressante, en ce sens que la kératite profonde a apparu avant tout autre symptôme, précédant de plusieurs jours les manifestations cutanées ; c'est là un fait méritant de retenir l'attention, alors que, dans les cas publiés antérieurement, l'affection cornéenne est survenue en général au moment où l'éruption atteignait sa période d'acné ou même à son déclin. Toutefois, le cas de Sulzer fait exception à la règle, car l'infiltration cornéenne survint en même temps que l'éruption cutanée.

M. le Professeur Rollet vit à deux ou trois reprises, dans les années suivantes, des lésions semblables à celles précédemment décrites ; toutes se résumaient à l'opacification de la cornée sans destruction épithéliale.

En 1910, il présenta avec M. Grand Clément, à la Société d'Ophtalmologie de Lyon, un homme âgé d'une trentaine d'années, présentant une kératite interstitielle compliquant un zona ophtalmique ; tous deux signalèrent la rareté de cette affection.

Toutes ces kératites avaient été examinées sans l'aide du Gullstrand : la découverte de ce microscope cor-

néen permet de suivre maintenant avec précision le siège et l'évolution des lésions.

Depuis lors, nous n'avons pu recueillir des observations relatant des complications cornéennes de ce genre au cours du zona ophtalmique, et il faut que nous arrivions en octobre 1929 pour voir venir, à la clinique de M. le Professeur Rollet, une femme d'une cinquantaine d'années, présentant un trouble circonscrit de la cornée, consécutif à un zona ophtalmique.

CHAPITRE II

Symptomatologie de la Kératite Interstitielle au cours du Zona ophtalmique

La kératite interstitielle du zona ophtalmique a une symptomatologie particulière qui permet de la différencier des autres kératites et, si parfois il est un peu malaisé d'en faire le diagnostic, il n'en est pas moins vrai qu'elle a ses caractères cliniques propres et bien établis.

Si, avant la découverte du microscope cornéen de Gullstrand, l'étude anatomo-clinique était réduite, peu précise, il n'en est pas de même aujourd'hui : grâce à lui, il nous est permis de localiser les lésions, d'en préciser exactement le siège, de les suivre au cours de leur évolution.

I. — PÉRIODE DE DÉBUT.

Tout d'abord, à quel moment se produit cette manifestation oculaire du zona ophtalmique ?

En général, la lésion cornéenne est secondaire à

l'éruption cutanée; en effet, le plus souvent, nous trouvons en présence d'un trouble soit diffus, soit circonscrit, siégeant dans les couches moyennes et profondes, succédant aux vésicules cutanées ; mais, parfois, c'est le cas rapporté par Sulzer, les vésicules cutanées et l'opacification cornéenne surviennent simultanément.

Enfin, l'affection oculaire peut être la première manifestation du zona, de sorte qu'il n'est pas possible de rattacher au début l'affection à sa véritable cause, et d'en établir le diagnostic : c'est seule l'apparition des vésicules prurigineuses sur la région frontale et périorbitaire qui permet d'affirmer que l'on se trouve en présence d'une kératite parenchymateuse d'origine zostérienne; d'ailleurs, un seul cas de ce genre a été signalé par Terrien en 1900.

Le début s'annonce par une infiltration envahissant les couches moyennes et profondes de la cornée : ce trouble peut être léger, parfois se traduit par une opacification plus épaisse ; il peut occuper la totalité de la cornée, ou bien simplement une partie, en général la partie centrale ; mais le fait intéressant est qu'il existe un flou visible à l'œil nu et gênant considérablement la vision.

II. — PÉRIODE D'ÉTAT.

L'examen au Gullstrand sera ici nécessaire et nous donnera d'utiles renseignements.

Allons des plans superficiels aux plans profonds.

a) L'épithélium antérieur de la cornée n'est pas atteint : ses cellules sont parfaitement bien consti-

tuées, ne prennent point le bleu de méthylène : elles ne sont point touchées dans leur structure histologique qui reste parfaitement normale ; il est impossible de révéler à la surface l'existence de vésicules cornéennes. Seule, en certains cas, la couche génératrice de l'épithélium antérieur peut être envahie, provoquant une irrégularité, un soulèvement de celui-ci — c'est le cas de notre malade — pouvant même faire craindre une ulcération ; mais il n'en est rien.

L'épithélium, en aucun cas, ne présente pas de perte de substance, caractéristique des lésions superficielles cornéennes ; la couche épithéliale antérieure est donc respectée dans sa constitution intime.

b) Bien plus intéressante est l'étude des plans moyens et profonds qui sont le siège des lésions.

La cornée présente un trouble, le plus souvent circonscrit, une infiltration grisâtre située le plus souvent dans la partie centrale ou paracentrale.

Le cas de notre malade est typique, peut être pris pour exemple :

1° Ce qui frappe de suite c'est l'existence de nombreux et très fins dépôts de descémétite, plus ou moins saillants dans la chambre antérieure.

2° L'on aperçoit des dépôts grisâtres disséminés dans le stroma cornéen, très probablement des cellules migratrices, et dont certaines sont très superficielles, juste au-dessous ou au niveau de la basale de l'épithélium antérieur.

3° En outre, la membrane de Descemet se plisse, présente des plicatures, en quelques endroits peut-être des déchirures.

Dans les plans moyens, et surtout dans les plans profonds, on voit de nombreuses lignes noirâtres, sortes de craquelures.

4° On remarque, de plus, à ce niveau des petites traînées blanc-grisâtres qui sont peut-être des nerfs épaissis.

Ce feutrage de lignes grisâtres n'a pas la disposition des vaisseaux néoformés, ni celle des espaces lymphatiques ; il faut songer à l'opacification du réseau plexiforme nerveux. C'est pourquoi il serait bon de rappeler brièvement la disposition des nerfs à l'intérieur de la cornée.

Ranvier, dans ses leçons faites au Collège de France, l'a très bien décrite ; il montre que les nerfs cornéens proviennent des nerfs ciliaires antérieurs. Le tissu propre de la cornée est occupé par un réseau nerveux, le plexus fondamental formé par une série de petits troncs provenant des nerfs ciliaires antérieurs qui abordent la cornée par la périphérie ; les ramifications les plus nombreuses siègent dans les régions les plus antérieures du stroma cornéen et au niveau de la membrane de Bowman ; la membrane de Descemet et l'endothélium postérieur sont-ils aussi riches en éléments nerveux que les couches antérieures et moyennes ? Plusieurs auteurs le contestent ; Ranvier, toutefois, a démontré que les couches profondes, loin de ne pas avoir des ramifications nerveuses, possédaient un plexus des plus riches provenant d'un plexus accessoire. Sur une cornée normale, les nerfs sont très visibles au Gullstrand.

5° Il est impossible de distinguer dans le tissu pro-

pre de la cornée la formation de vaisseaux qui est d'habitude le propre des kératites interstitielles hérédo-syphilitiques. L'absence des ces vaisseaux est d'un intérêt réel, surtout qu'une infiltration sans vaisseaux est un fait rare.

Donc, en résumé, le Gullstrand nous permet de constater :

1° *des lésions interstitielles* dont certaines sont relativement superficielles, intéressant les plans profonds de l'épithélium antérieur, les autres très profondes, l'endothélium de la Descemet et sa basale ;

2° *des altérations des filets nerveux intracornéens* ;

3° *l'absence de vaisseaux*.

Quels sont les autres symptômes accompagnant l'apparition de la kératite ?

En premier lieu, nous noterons une anesthésie de la cornée, signe de haute valeur, et comme l'indiquent de Lapersonne et Cantonnet, elle devra être recherchée dans toutes les parties de la cornée ; elle peut ne pas être absolue ; parfois, nous avons une simple hypoesthésie de la cornée.

A ce signe capital peuvent s'ajouter les symptômes propres aux kératites, tels que le larmolement, blépharospasme, photophobie ; mais ceux-ci n'ont pas la même importance que les précédents.

III. — PÉRIODE DE RÉSORPTION.

Après cette période d'état vient la période de résorption : le trouble diminue ; la cornée, qui auparavant était infiltrée, tend à prendre sa translucidité ; le stroma cornéen devient de plus en plus clair ; les

déchirures de la Descemet sont moins nettes ; l'aspect de faille, si typique au début, est remplacé par des images, des stries blanc-grisâtres à contour beaucoup moins tranché ; les nerfs paraissent moins épaissis.

Après quelques semaines, la cornée semble avoir repris son aspect ; les dépôts de descemétite ont complètement disparu, les nerfs sont visibles et d'aspect normal.

Quant au stroma interstitiel, il peut ne pas recouvrir en entier sa transparence ; parfois, il existe dans les couches moyennes de la cornée quelques vagues nébulosités persistantes, en général très discrètes. Il est des cas où le tissu de la cornée redevient clair, sans nulle trace de l'infiltration antérieure. Mais l'évolution paraît cependant très lente et, dans notre observation, il a fallu attendre près de sept mois pour voir la cornée reprendre en partie sa transparence.

CHAPITRE III

Diagnostic

La kératite du zona offre un aspect clinique tel qu'il est assez facile de la différencier des autres kératites.

Les symptômes principaux, sur lesquels on se base pour porter le diagnostic de kératite interstitielle primitive, consécutive au zona ophtalmique, sont :

1° l'éruption cutanée sur la région frontale et péri-orbitaire ;

2° les douleurs vives, lancinantes, le long du trajet de l'ophtalmique ;

3° la lésion cornéenne qui se manifeste par l'intégrité de l'épithélium antérieur, l'infiltration des couches moyennes, des lésions profondes de la membrane de Descemet, l'absence de vaisseaux au sein du tissu propre de la cornée.

Néanmoins, il est intéressant et nécessaire de passer en revue les différentes sortes de kératites qui pourraient prêter à confusion.

A. — Tout d'abord, nous pourrions éliminer sans trop de difficultés la kératite superficielle consécutive aux vésicules zostériennes qui se trouvent à la surface de la cornée. Le symptôme principal, constant, est une ulcération de l'épithélium, autour de laquelle peut se développer une infiltration secondaire du tissu interstitiel. Nous pouvons parfois apercevoir, à l'œil nu, la perte de substance de l'épithélium, mais un bon moyen pour la dépister, c'est l'instillation dans l'œil d'une goutte de fluorescéine ; celle-ci glisse sur les parties lisses et intactes de la surface cornéenne, mais reste adhérente sur la partie ulcérée à laquelle elle donne des reflets verdâtres très visibles. Enfin l'éclairage oblique à l'aide d'une lampe et d'une loupe peut aider au diagnostic ; généralement, il existe au niveau et autour de l'ulcération un trouble plus ou moins léger de la cornée qui attire l'attention : ce trouble est secondaire à l'ulcération, tandis que dans notre cas, la kératite interstitielle est primitive, en ce sens que l'épithélium antérieur demeure intact.

D'autre part, nous pouvons rapporter l'opinion de Sulzer : « En se rappelant le fait que les vésicules de la cornée évoluent parfois sans produire une infiltration sensible du tissu propre de la cornée, on peut conclure que fort probablement les infiltrations précoces et étendues de la cornée, observées en même temps qu'une éruption vésiculeuse, sont des kératites interstitielles primitives. »

Toutefois, on ne peut pas trop opposer lésions superficielles et interstitielles au cours du zona, celles-ci pouvant coexister.

B. — Il nous paraît utile d'insister sur la kératite syphilitique pour mettre en évidence les caractères qui la différencient de la kératite du zona.

La kératite hérédo-syphilitique reconnaît comme cause une voie endogène, se manifeste par une infiltration grisâtre occupant les couches moyennes de la cornée et respectant l'épithélium qui la recouvre.

Le signe principal de la kératite est un envahissement progressif de la cornée par un trouble interstitiel particulier qui se développe sans grande réaction et disparaît de même en ne laissant que peu ou pas de traces : un trouble grisâtre s'étend dans la cornée, commence par le pourtour cornéen, gagne les parties centrales et finit par voiler complètement la cornée ; une certaine réaction se produit en même temps : anneau rouge d'injection périkeratique.

Au bout de trois semaines environ, on voit les vaisseaux périkeratiques pénétrer peu à peu dans la cornée trouble sous forme de petits pinceaux vasculaires ; cette infiltration sanguine peut être très légère ou manquer complètement — c'est exceptionnel — ; quelquefois, elle s'étend à toute la cornée qui peut devenir rouge comme une cerise.

La réaction inflammatoire, qui est souvent peu accentuée pendant la première période, peut devenir plus marquée : douleur, larmoiement, photophobie, blépharospasme.

Les deux yeux sont presque toujours pris, mais pas simultanément.

En fait, les signes qui différencient les kératites, syphilitique et zostérienne, sont :

a) *Les signes cornéens.* — Toutes deux présentent un point commun, à savoir que la cornée présente dans les deux cas une opacification des couches interstitielles, sans altération épithéliale antérieure ; mais il existe entre elles une différence capitale, fondamentale.

Dans la kératite syphilitique, nous notons la formation de vaisseaux au sein du tissu propre de la cornée, tandis que le propre de la kératite zostérienne est de se développer sans infiltration sanguine.

b) *Les signes associés :*

1° Dans la kératite consécutive au zona, nous avons : l'éruption cutanée caractéristique sur la région frontale et périorbitaire, la présence de vives douleurs le long du trajet de l'ophtalmique.

2° Dans la kératite hérédo-syphilitique, nous retrouvons les signes de la syphilis :

La notion de l'âge intervient ; cette kératite survient en général chez l'enfant ou chez l'adolescent ; la kératite zostérienne est une affection du vieillard, parfois de l'adulte.

La bilatéralité des lésions sera encore une preuve de la syphilis ; les deux yeux sont presque toujours pris ; dans le zona ophtalmique, seule la cornée, du côté où siège l'éruption, est atteinte.

D'autres signes peuvent faire affirmer à coup sûr la nature de la kératite hérédo-syphilitique : antécédents, déformations osseuses, triade d'Hutchinson, réaction Bordet-Wassermann positive.

Le seul cas embarrassant est celui où la kératite interstitielle est la manifestation primitive du zona

— c'est l'observation publiée par Terrien en 1900 — mais l'apparition des vésicules prurigineuses sur la région frontale et les douleurs névralgiques permettent d'affirmer que l'on se trouve en présence d'une kératite parenchymateuse d'origine zostérienne.

D'une manière générale, le diagnostic entre la kératite hérédo-syphilitique et la kératite zostérienne ne présente pas de difficultés.

C. — Plus difficile sera le diagnostic de la kératite neuro-paralytique: c'est une kératite provenant d'une lésion du trijumeau.

La cornée se voile, devient trouble, prend un aspect mat. Les lésions débutent au centre et s'étendent à la périphérie ; avec la loupe, on peut distinguer des petites tâches grises très serrées ; ces lésions peuvent rester longtemps stationnaires, elles peuvent aussi disparaître et laisser la cornée retrouver sa transparence. Quelquefois, l'opacité s'accroît, voile la cornée toute entière et couvre définitivement la vue. La cornée peut devenir très opaque, jaunit, se ramollit, s'ulcère; il existe bien toujours une légère injection périkératique, mais toujours en disproportion avec la lésion cornéenne.

Les lésions cornéennes n'ont aucun caractère permettant de dire à leur seul aspect qu'elles sont le fait d'une kératite neuro-paralytique : par contre, une particularité très nette de cette kératite, c'est l'absence de phénomènes réactionnels toujours si intenses dans les kératites ordinaires ; la douleur et la photophobie font défaut, ce qui tient à l'insensibilité de l'œil ; la cornée est insensible au contact; les téguments autour

de l'œil sont également insensibles dans tout le territoire correspondant à la branche ophtalmique ou aux trois branches du trijumeau. C'est la constatation de cette anesthésie de la cornée et des téguments qui permet le diagnostic de kératite neuro-paralytique. L'anesthésie du trijumeau ou tout au moins de sa branche ophtalmique est un phénomène constant.

L'attention peut être attirée sur la kératite neuro-paralytique par l'absence de douleur, de larmolement, mais le diagnostic n'est établi avec précision que par la constatation de cette anesthésie de l'œil et des téguments de la face.

Le pronostic est toujours sérieux. Quand le nerf est détruit, l'anesthésie et la kératite peuvent durer indéfiniment.

Les kératites zostérienne et neuro-paralytique présentent une certaine similitude :

L'anesthésie cornéenne est de règle dans les deux cas. Les lésions oculaires sont si ressemblantes que, parfois, on a englobé, à tort, la kératite neuro-paralytique dans les symptômes du zona.

Malgré tout, ce syndrome oculaire neuro-paralytique (de Lapersonne) sera facilement différencié de la kératite du zona :

Absence de douleurs névralgiques et d'éruption cutanée, ulcère torpide sans phénomène réactionnel, ophtamomalacie.

D. — Les kératites tuberculeuses, lépreuses, etc..., seront facilement éliminées : nous nous baserons sur les antécédents et les symptômes généraux pour affirmer le diagnostic.

Plus importants sont les cas de kératites torpides, assez fréquentes chez le vieillard, d'origine mal déterminée, s'accompagnant de réactions iriennes ; dans de tels cas, il faudra penser à la possibilité du zona et par interrogatoire, se rendre compte s'il n'y a pas eu une période aiguë du zona et s'il ne reste pas des cicatrices cutanées caractéristiques du zona.

Observations

OBSERVATION I (*Inédite*)

(Recueillie à la Clinique de M. le Professeur ROLLET.)

Zona ophtalmique droit. Kératite profonde avec atteinte épithéliale secondaire : pankératite sans vascularisation ; guérison. Paralysie du nerf moteur oculaire externe droit. Réaction méningée.

Lucie C..., Veuve G..., âgée de 58 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, clinique de M. le Professeur Rollet, le 1^{er} octobre 1929. Elle est envoyée du service du Docteur Fallasse où elle était soignée pour un zona ophtalmique : la cornée est devenue trouble et grise et comme on craignait qu'elle ne s'ulcère, elle est envoyée à la clinique ophtalmologique.

L'affection zostérienne remonte à quinze jours : Début par des névralgies dans le territoire du nerf ophtalmique droit ; au bout de trois jours, éruption zostérienne avec macules rouges qui deviennent vésicules prurigineuses. Pendant cette éruption, température à 39°, puis descendant à 38°.

Actuellement vésicules desséchées. Les troubles oculaires ont débuté quelques jours après l'éruption. Douleurs oculaires très violentes. Anesthésie de tout le territoire du nerf ophtalmique droit. A l'examen, paupières rouges et un peu œdématurées, conjonctive rouge. Injection périkératique. Petite infiltration grisâtre paracentrale de la cornée. Iris décoloré, trouble, réagissant mal à la lumière. Anesthésie cornéo-conjonctive totale. Pas de paralysies oculaires.

2 octobre. — A l'examen, au Gullstrand, cornée légèrement trouble : pas de buée, ni épithéliale, ni endothéliale. Ce qui

frappe de suite, c'est l'existence de nombreux et très fins dépôts de descemetite ; dans les plans moyens, plus particulièrement profonds, on voit de nombreuses lignes noirâtres, sortes de craquelures, siégeant surtout dans le plan de la basale postérieure. On voit encore de petites traînées blanc grisâtres qui sont peut-être des nerfs. Le trouble discret du stroma se condense plus particulièrement dans la région centrale, simulant à l'œil nu de petits ulcères centraux. La lampe à fente permet de localiser ces lésions dans les plans les plus superficiels du stroma, mais l'épithélium, légèrement altéré, soulevé et irrégulier, prenant le bleu par points microscopiques n'est nullement détruit et ne présente pas de perte de substance. *Pas de vaisseaux.* Iris légèrement trouble. Injection périkeratique. Réaction à la lumière très paresseuse.

4 octobre. — L'état s'est amélioré. Diminution des douleurs.

A la cornée, trouble diffus ayant légèrement diminué, mais surtout les deux lésions grises superficielles ont nettement diminué d'intensité et d'étendue et le bleu ne prend plus que sur une petite zone : on a l'impression que l'ulcération qui apparaissait imminente est en voie de régression et qu'elle ne se produira pas.

Les plissements de la Descemet ainsi que l'état des nerfs et des précipités de la Descemet sont stationnaires.

Pas de vascularisation.

5 octobre. — Plicatures de la Descemet beaucoup moins nettes, moins noires ; l'aspect de faille si typique au début est maintenant remplacé par des images, des stries blanc grisâtres, à contour beaucoup moins tranché. Les douleurs cutanées ont réapparu.

7 octobre. — Le bleu ne prend absolument pas. Epithélium intact. Anesthésie complète du nerf sous-maxillaire. L'état de la cornée s'est manifestement amélioré. Les deux zones d'infiltration superficielle précédemment notées sont aujourd'hui moins importantes, lésions siégeant dans les plans tout superficiels de la cornée, zones faisant une très légère saillie. Le bleu n'y prend plus. Le stroma cornéen est beaucoup plus clair : les zones de déhiscence situées au-devant de la Descemet sont beaucoup moins marquées et apparaissent seulement sous la forme de fines traînées grisâtres, difficiles à distinguer

d'avec les nerfs qui, eux aussi, paraissent moins épaissis. Les précipités dans la chambre antérieure n'ont pas manifestement changé d'aspect.

14 octobre. — Douleurs très vives. Anesthésie complète de tout le territoire du nerf ophtalmique. Le traitement radiothérapique n'a pas apporté d'amélioration sensible.

Etat oculaire en amélioration. Les deux zones d'infiltration superficielle sont toujours sensiblement dans le même état. *Cornée plutôt éclaircie dans son ensemble* : quelques traînées blanchâtres ne paraissant pas avoir de rapports avec les nerfs. Il semble que les précipités de descémétite diminuent, surtout ceux situés à la partie inférieure où ils sont moins blancs et moins épais : Failles de la Descemet semblant en voie de cicatrisation et apparaissant sous forme de traînées, surélevées en relief.

22 octobre. — Cornée cicatrisée. Le traitement radiothérapique, la diathermie n'ont pas soulagé les douleurs. Névralgies n'affectant pas le type de névralgies faciales : douleurs spontanées, sourdes, à peu près continues avec des exacerbations sans horaire précis : fourmillements, picotements, sensation de brûlure. Pas de point douloureux à l'émergence du nerf ophtalmique. La pression sur la peau, la distension de la peau ne provoque pas de douleur nette. Sensation de cuisson et de démangeaison.

La motilité oculaire n'est pas modifiée, sauf au niveau du muscle droit externe.

Pas de diplopie, mais du côté droit mauvaise acuité

il

O. D. V. = —.

30

23 octobre. — Ponction lombaire : liquide eau de roche coulant goutte à goutte : Albumine 0 gr. 90. Sucre normal. Cytologie 10 éléments par mm³. Lymphocytes avec rares polynucléaires. Wassermann négatif. Wassermann négatif dans le sang.

En somme méningite zostérienne. Ptosis de la paupière dû à l'état paralytique et non à l'œdème comme on avait cru précédemment. Les mouvements sous la dépendance du nerf moteur oculaire commun sont conservés. Pupille plus large que la gauche, mais atropinisation, il y a 8 jours.

29 octobre. — Atteinte du muscle petit oblique.

30 octobre. — Anesthésie à la surocaïne à 4 % autour de l'artère temporale superficielle dans le but de bloquer les voies sensitives péri-artérielles. Amélioration très nette. Disparition des douleurs.

2 novembre. — Grosse amélioration. *Cornée de translucidité sensiblement normale* : nombreuses et très légères opacités interstitielles d'aspect non évolutif, situées d'une façon générale dans le parenchyme à sa partie moyenne. Opacités situées aussi dans le stroma à sa partie la plus superficielle. *Toutes ces opacités sont peu marquées*, aucune n'est franchement opaque. Les nerfs sont visibles sans modification. Aspect en damier à peine accentué dans l'endothélium. Les précipités de la Descemet persistent beaucoup moins nombreux. *Pas de vaisseaux*. Humeur aqueuse normale.

13 novembre. — Etat toujours le même. Quelques points de descemétite.

25 novembre. — Etat sensiblement le même. *Epithélium toujours intact*. Diminution des dépôts interstitiels. Diminution des dépôts de descemétite.

5 décembre. — *Cornée presque transparente*. Encore quelques points ou précipités de descemétite. La malade affirme qu'après l'injection péri-artérielle, elle a éprouvé un soulagement notable qui s'est continué. Depuis les douleurs ont changé de caractères : beaucoup moins vives. Il persiste encore des démangeaisons et des fourmillements. Les cicatrices sont rosées. Plus de céphalées profondes. Persistance de signes du côté du nerf moteur oculaire commun. Mydriase légère : A la cornée persistance de l'anesthésie. Au fonds d'œil, lésion intense de scléro-choroïdite myopique en plus de la cataracte.

20 décembre. — *Epithélium antérieur normal*. Troubles interstitiel précédemment noté identique : nerfs d'aspect normal. Quelques fins dépôts de descemétite.

1^{er} mars 1930. — Les douleurs persistent toujours sous forme de crise, de démangeaison ou de cuisson. *L'état oculaire s'est beaucoup amélioré : les lésions peuvent être considérées comme guéries*. Il persiste deux petites zones grisâtres, très peu marquées, paraissant situées dans les plans profonds de l'épithélium, quelques stries grisâtres interstitielles. Les précipités de la descemétite ont complètement disparu.

24 mars 1930. — *Epithélium antérieur de la cornée normal.*
On distingue encore deux plages grisâtres à peine accentuées. Le stroma interstitiel est de transparence normale. Quelques vagues nébulosités persistantes très discrètes. La Descemet et l'épithélium postérieur sont parfaitement normaux : il ne reste plus aucun précipité saillant dans la chambre antérieure.

18 juin. — Douleurs persistantes : sensation de cuisson très sensible au niveau des plans cutanés d'aspect cicatriciel. Etat oculaire satisfaisant : il persiste dans la cornée quelques opacités bien circonscrites, superficielles avec au-devant un mince plan transparent. Les lésions des plans profonds de la cornée ont complètement disparu : en particulier la région de la Descemet est parfaitement normale.

OBSERVATION II

(Clinique ophtalmologique de M. le Professeur ROLLET
et Thèse de DUMÉRY, 1896.)

Zona ophtalmique droit. — Légère opacité de la cornée.

D..., 42 ans, employé des chemins de fer, entre le 17 mars 1896 dans le service de la clinique ophtalmologique (M. Rollet suppléant M. le Professeur Gayet).

Pas d'antécédents pathologiques héréditaires ou personnels. Le début de la maladie actuelle s'est fait il y a dix jours par de petites phlyctènes sur la conjonctive bulbaire de l'œil droit. Au bout de quatre jours, toute la partie droite du front, la tempe et la paupière supérieure étaient oedématiées et recouvertes de phlyctènes. En même temps survint une douleur assez vive et permanente avec élancements.

A l'entrée du malade dans le service on constate une coloration rouge vineuse de toute la portion droite du front jusqu'à la ligne médiane où l'affection se limite nettement. Cette région est, en outre, oedématiée et recouverte de phlyctènes et de bulles pour la plupart déjà ouvertes et laissant échapper un liquide clair, un peu jaunâtre. En outre, des deux côtés, les paupières sont fortement tuméfiées. L'occlusion de l'œil droit est complété; à gauche, la fente palpébrale est seule-

ment rétrécie; il n'y a sur les paupières inférieures ni bulles, ni phlyctènes.

La cornée de l'œil droit paraît saine, mais tout autour d'elle la conjonctive est le siège d'un chémosis intense. A gauche, celle-ci est simplement un peu injectée.

1^{er} avril. — L'éruption cutanée a disparu; on remarque simplement des macules rouges dans les points occupés antérieurement par les phlyctènes. La conjonctive un peu rouge a conservé sa sensibilité; il en est de même de la cornée qui présente un léger trouble à sa partie inférieure:

OBSERVATION III

(Clinique ophtalmologique de M. le Professeur ROLLET,
et Thèse de PIERRON, 1920.)

Zona ophtalmique droit. Kératite profonde. Eruption fronto-temporale.

C..., homme de 40 ans. Maux de tête autrefois et rhumatisme articulaire aigu. Il y a 18 jours névralgies localisées du côté droit: à ce moment se montrent des vésicules éruptives sur le front et sur la tempe; ces vésicules se crèvent très rapidement et laissent à leur suite une démangeaison avec quelques maux de tête en particulier dans la région temporale. Depuis quinze jours, c'est-à-dire deux ou trois jours après l'apparition des maux de tête et de l'éruption, sont apparues ces douleurs de l'œil droit qui est devenu rouge et larmoyant: en même temps, il y avait une baisse sensible de la vision.

Le malade entre à l'hôpital le 4 juin 1911. Photophobie considérable, les larmes coulent sur la joue du côté malade, la paupière supérieure est toujours abaissée, simulant un ptosis. Conjonctive légèrement injectée et hyperhémiee, pas d'œdème.

La cornée montre un *flou central situé dans la partie profonde* de la membrane, ce flou est assez nettement délimité:

1

V. — à 5 mètres.

OBSERVATION IV

(Clinique ophtalmologique de M. le Professeur ROLLET,
et Thèse de PIERRON, 1920.)

*Zona ophtalmique droit : anesthésie de la cornée, opacification
de la cornée.*

M..., âgé de 53 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 22 août 1905 : a reçu en mars dernier un corps étranger (grain de blé) dans l'œil droit ; ce corps étranger a été enlevé aussitôt, rien à la suite.

Depuis quinze jours, douleurs de la tête avec éruption sur le front et la tempe droite, œil rouge : cercle périkeratique. Rien à la conjonctive palpébrale : légère anesthésie de la cornée : *la cornée est uniformément trouble.*

Iris verdâtre réagissant mal à la lumière, mais bien dilaté

1

par l'atropine. Pas d'adhérences. O. G. = —. O. D. = 1/4. La

10

vue a baissé de l'œil droit depuis trois jours sans lésions des membranes externes.

15 octobre 1905. — Etat un peu meilleur. Injections sous-conjonctivales au bleu de méthylène.

OBSERVATION V

(Clinique ophtalmologique de M. le Professeur ROLLET,
et Thèse de PIERRON, 1920.)

Zona ophtalmique droit : opacification de la cornée.

26 septembre 1906. — P..., homme de 74 ans, tailleur de pierres. Début, il y a huit jours, douleurs dans l'oreille droite, hémicéphalée droite, trois jours après, apparition de l'éruption, éruption fronto-temporo-nasale. Œdème de la paupière supérieure, ptosis. Actuellement zona ophtalmique droit envahissant le territoire de l'ophtalmique. Œil droit : œdème

de la paupière supérieure, conjonctive rouge, injectée, chémosis.

29 octobre. — L'éruption disparaît, croûte sèche, œdème de la paupière supérieure et inférieure.

29 octobre. — L'œdème diminue, légère trace à gauche. Le malade peut ouvrir l'œil droit, croûtes sèches sur le crâne, léger ptosis.

19 novembre. — Ptosis persistant. Chémosis. *Cornée trouble*. Myosis. Plus rien au front et sur la tête en dehors des cicatrices.

1^{er} décembre. — Le malade se plaint de souffrir dans le trajet de l'ophtalmique. Photophobie très intense. Maux de tête, ptosis, chémosis, cornée trouble, mate.

10 décembre. — Cornée trouble aux points d'opacification disséminés dans le parenchyme cornéen. Pupille très rétrécie. Blépharospasme.

2 janvier 1907. — Iridectomie.

26 février 1907. — Le malade souffre moins, par lancement. Hyperesthésie légère dans le domaine de l'ophtalmique. Cornée hypersensible, *opacification centrale*, œil un peu dur, cercle périkératique.

OBSERVATION VI

(M. le Professeur ROLLET et GRANDCLÉMENT.)

Kératite interstitielle compliquant un zona ophtalmique droit.

Il s'agit d'un homme de 33 ans qui est présenté à la Société ophtalmologique de Lyon, avril 1910. Il a été atteint brusquement, il y a cinq à six semaines, d'un zona ophtalmique droit typique.

Quinze jours après le début de l'affection, apparurent des phénomènes oculaires aigus : il s'agissait d'une kératite purement interstitielle, sans aucune ulcération de la cornée : cette membrane devint complètement opaque, en quelques jours. Cette forme de kératite signalée dans le zona est cependant très rare.

OBSERVATION VII
(SULZER.)

Kératite interstitielle, sans lésion épithéliale au cours d'un zona ophtalmique gauche.

Mme Ch..., 89 ans, envoyée à la clinique le 13 janvier 1898 par son médecin. L'affection actuelle a débuté le 27 décembre 1897 par des douleurs intolérables du côté gauche de la tête. Ces douleurs s'aggravent vers la nuit et produisent une insomnie complète.

Les pourtours supérieurs de l'orbite, le front et le cuir chevelu deviennent enflés ; puis ces parties deviennent le siège d'une éruption vésiculaire qui se dessèche bientôt et forme des croûtes. Depuis 8 jours ces croûtes suppurent.

Etat actuel. — Pourtour de l'orbite, paupière supérieure, moitié gauche du front jusqu'à la région temporale, région fronto-pariétale gauche du cuir chevelu sont le siège de lésions suivantes : rougeur diffuse avec œdème d'aspect érysipélateux ; la peau présente des croûtes adhérentes de forme irrégulière, de couleur jaune brunâtre. Entre ces croûtes, suinte un liquide sans odeur. Paupières œdématisées. Conjonctives gonflées, rouges, injectées.

La cornée gauche présente une anesthésie prononcée : siège d'un léger trouble bleu grisâtre qui l'envahit en totalité : couche épithéliale intacte.

Paupière supérieure et région frontale également anesthésiées.

28 janvier. — Eruption cutanée en pleine cicatrisation. Douleurs très diminuées.

Anesthésie du front et des paupières gauches persiste ainsi que l'anesthésie de la cornée. *Celle-ci est moins trouble et ne présente aucune lésion épithéliale.*

A l'ophtalmoscope, quelques troubles du cristallin ; membranes profondes normales.

20 avril. — Front, côté gauche de la racine au nez et paupières supérieures présentent des cicatrisations caractéristiques,

et présentent toujours une anesthésie marquée. L'anesthésie de la cornée persiste également.

Centre de cette membrane clair, tandis que ses parties excentriques sont le siège d'un léger trouble en forme de couronne.

En examinant les parties troubles de la cornée à l'aide de la lumière transmise et de la loupe, on voit que la substance propre de la cornée est occupée par un feutrage de lignes noires, qui n'ont pas la disposition des vaisseaux néoformés dans la kératite interstitielle par exemple, ni celle des espaces lymphatiques.

Il n'y a aucune trace de lésion épithéliale récente ou ancienne. La pupille est dilatée, presque immobile. Il y a une cataracte sénile commençante.

OBSERVATION VIII

(MORAX.)

Kératite interstitielle, surface cornéenne un peu dépolie, sans érosion épithéliale. Zona ophtalmique gauche.

Mme M..., 75 ans, se présente le 13 mars 1897 avec une éruption frontale limitée du côté gauche et des troubles oculaires de ce côté. L'affection a débuté dans les premiers jours de mars par de violentes douleurs névralgiques auxquelles a succédé une éruption zostériforme sur la paupière supérieure, à la base du nez et la région frontale gauche. Cette éruption a été traitée par des applications de poudre d'oxyde de zinc et actuellement il ne reste plus que quelques croûtes brunâtres. Les douleurs ont disparu et ce sont les troubles oculaires seuls qui préoccupent la malade.

Dans les antécédents nous ne relevons que l'existence de lésions ostéo-articulaires qui ont intéressé le métacarpe, l'extrémité du radius, le coude et qui pendant plusieurs années, entre 1883 et 1890, ont nécessité des interventions multiples : il s'agit selon toute vraisemblance de lésions bacillaires.

Etat actuel. — Œil droit normal.

A gauche, léger ptosis, mais motilité oculaire normale.

Cornée uniformément trouble, mais ce trouble n'est pas très marqué et il permet d'explorer l'iris et la pupille. La surface cornéenne est un peu terne et dépolie, mais on ne constate aucun point d'érosion épithéliale ou d'infiltration plus accusée superficielle ou profonde. *La sensibilité cornéenne est très notablement diminuée*, mais elle persiste encore dans une certaine mesure.

On constate quelques synéchies postérieures. Le fond de l'œil n'est pas visible à l'ophtalmoscope. A l'éclairage oblique, il présente un aspect glauque comme si le vitré était troublé. Tension oculaire normale. La malade compte les doigts à 50 cm. Le traitement consiste en instillations d'atropine et dans le port d'un pansement occlusif humide.

22 mars. — *Trouble cornéen étendu*, moins de sécrétion. Sensibilité cornéenne plus parfaite. Peu de douleurs névralgiques.

27 mars. — Amélioration très marquée. Trouble cornéen limité à un point central. La malade se plaint de douleurs névralgiques.

3 avril. — Plus de troubles cornéens. On peut éclairer le
1
fond de l'œil. V. = —. Phénomènes douloureux peu marqués.

20

5

12 avril. — V. = —. Peu d'effacement de la chambre anté-

35

rieure. Tension normale. Anesthésie de la peau du front.

24 avril. — *Cornée transparente, hypœsthétique*: un peu de projection de l'iris et de l'effacement de la chambre anté-

5

rieure, A distance avec + 1,5 V. = —.

25

L'œil droit lit avec un verre convexe de 5 D. le n° 3.

L'œil gauche lit avec un verre convexe de 6 D. le n° 6.

Tension normale.

Région frontale complètement cicatrisée.

4 mai. — Léger ptosis de la paupière gauche supérieure.

La cornée gauche est complètement transparente.

OBSERVATION IX

(KÖSTER.)

Zona ophtalmique gauche. Kératite interstitielle sans lésions épithéliales.

M. N..., âgé de 22 ans, se présente le 16 septembre 1898 à ma consultation. Etudiant en médecine ; pendant les vacances, se trouvant à la campagne, il éprouva, il y a deux semaines, une douleur avec un peu de photophobie dans l'œil gauche. Le médecin qu'il consulta lui donna un peu d'atropine : peu de temps après, il éprouvait de violentes douleurs céphaliques. Ces symptômes ne semblent pas avoir eu des rapports directs avec l'affection oculaire, pas de signe de glaucome ou d'attaque de glaucome secondaire. Quoiqu'il en soit, il vient bientôt me revoir en raison de ses souffrances.

Premier examen. — Différence de couleur entre la peau frontale du côté droit et du côté gauche. Le gauche est plus rouge et séparé du droit par une ligne médiane irrégulière. Sur le champ rougeâtre, petites croûtes et ulcérations avec des bords assez à pic et profonds.

La cornée de l'œil gauche est grisâtre, opaque, avec un aspect chagriné ; la surface est complètement intacte, même à la loupe. L'opacité n'était pas uniformément égale : il existait çà et là des petites taches grises, plus opaques d'un millimètre environ. Périphérie de la cornée encore transparente. *Pas de vascularisation cornéenne.* Injection superficielle et profonde très prononcée du globe. Iris un peu décoloré, pupille un peu irrégulière et peu sensible à la lumière. On ne pouvait affirmer la présence de précipités postérieurs à la surface de la cornée.

L'examen de la peau ne fit découvrir aucun territoire anesthésique. Cornée sensible, mais nullement anesthésique. Impossible d'inspecter les parties profondes de l'œil. Conjonctives hyperémiées, mais ni vésicules, ni ulcères. Tension de l'œil normal. On pouvait poser le diagnostic de zona ophtalmique, de kératite parenchymateuse et peut-être iritis.

Dans les jours suivants l'opacité cornéenne s'améliorait

sous l'influence de cataplasmes chauds, mais l'iritis s'aggrave encore et il se produisit beaucoup de précipités gris et bruns à la surface postérieure de la cornée. Mais bientôt, sous l'influence de l'atropine, les symptômes de l'iridocyclite diminuèrent et la guérison commença.

23 septembre. — *Cornée presque tout à fait transparente.* De nouveau, éruption de vésicules sur la peau du front, mais pas une seule vésicule sur la cornée ou sur la conjonctive. Il n'y eut pas de récurrence de la maladie oculaire.

7 octobre. — Pupille régulière, bien dilatée, descémétite à peu près guérie ; présence de pigments brunâtres. Injection périornéenne disparue, mais légère injection profonde du côté temporal. Douleurs disparues.

Commencement décembre. — La kératite parenchymateuse avait laissé quelques traces dans la cornée sous forme de quatre ou cinq tâches très peu prononcées, dans les couches profondes de cette membrane. A l'œil nu, la cornée semblait parfaitement transparente et seul l'examen à la loupe en révélait la présence.

Léger degré de ptosis. Traitement : pansement occlusif humide : compresses chaudes. Salicylate de soude à raison de 3 grammes par jour, puis quinine 0 gr. 50 pendant 6 semaines.

Depuis lors, malade en bonne santé ; il y a deux ans, il fut traité pour une affection pulmonaire.

OBSERVATION X

(TERRIEN.)

Kératite parenchymateuse sans lésion épithéliale ; manifestation primitive d'un zona ophtalmique gauche.

Marie-Louise A..., âgée de 59 ans, vient consulter à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, le 6 décembre 1899, pour une affection aiguë de l'œil gauche, survenue quelques jours auparavant. Vers le 4 ou 5 décembre en se réveillant, sensation de démangeaison et de picotements du côté du globe, l'œil est rouge. La rougeur, au dire de la malade, était seulement localisée à la partie supéro-externe du limbe scléro-

cornéen. Les lavages à l'eau boriquée ne donnent rien. La malade entre à l'hôpital.

Examen de l'œil, le 6 décembre. — Partie supéro-externe de la région sclérale avoisinant le limbe rouge, infiltrée, légèrement douloureuse à la pression, rappelant un peu l'aspect de l'épisclérite rhumatismale, mais à ce niveau, toute la région du limbe scléro-cornéen et le secteur supéro-interne de la cornée avoisinant le limbe présentent une infiltration diffuse qui s'étend jusqu'au niveau de la pupille.

Epithélium cornéen respecté, pupille étroite réagit peu à la lumière, légère contracture des paupières accompagnée de larmoiement. Le fonds d'œil qui est difficile à voir à cause du trouble de la cornée, semble normal.

Le diagnostic qui vient le premier à l'esprit est celui de kératite interstitielle diffuse de forme atypique comme on en observe quelquefois chez des adultes où l'affection reste limitée à la partie supérieure de la cornée au voisinage du limbe scléro-cornéen sans envahir le reste de la membrane.

En présence de l'infection péri-kératique et épisclérale avoisinante, la malade accusant quelques douleurs des membres et se disant rhumatisante, on prescrit du salicylate de lithine à l'intérieur et localement, instillation d'atropine, compresses chaudes plusieurs fois par jour.

Etat stationnaire pendant quelques jours.

18 décembre. — Eruption de vésicules à la partie supéro-interne frontale gauche, laquelle éruption fut précédée de douleurs vives deux jours auparavant.

Lorsque la malade revient quelques jours plus tard, les vésicules ont disparu et sont remplacées par des petites croûtes brunâtres, peau légèrement anesthésiée à ce niveau. Sur la conjonctive au niveau de l'injection sclérale et au voisinage du limbe, on voit une petite éruption formée par quatre ou cinq vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle. Sensibilité cornéenne moindre à cet endroit.

Dans les jours suivants, nouvelles poussées de vésicules herpétiques accompagnées de douleurs périorbitaires assez vives, puis peu à peu l'infiltration disparut et le 15 février 1900, deux mois et demi environ après le début des accidents, l'infiltration avait disparu. Seule, légère douleur de la sclérotique, acuité redevenue normale.

CHAPITRE IV

Etiologie et pathogénie

Avant d'étudier la pathogénie de cette kératite interstitielle, il nous paraît indispensable d'aborder celle du zona.

Peu de maladies ont soulevé autant de discussions, mais des faits précis semblent aujourd'hui élucider ce chapitre de la pathologie.

De très nombreuses recherches anatomo-pathologiques ont permis de préciser le siège des lésions du zona. Ces lésions sont cutanées et nerveuses. Les premières sont constituées par des vésicules formées au sein du corps muqueux de Malpighi, où l'on rencontre en outre des lésions inflammatoires (diapédèse leucocytaire). Les nerfs périphériques sont tuméfiés, leurs névrilèmes sont infiltrés de cellules rondes. Les ganglions spinaux sont également atteints, infiltrés de cellules rondes et présentent de nombreux foyers hémorragiques.

A l'heure actuelle, on considère que le zona est une ganglio-radiculite postérieure. La lésion zostérienne admise, ganglio-radiculite, nous sommes ainsi en présence d'une cause microbienne ou virulente. Le zona apparaît comme une maladie à virus neurotrope, du type ultra-virus, doué d'une affinité et d'une électivité spéciales à l'égard du système nerveux où il se fixe.

Le zona ophtalmique n'échappe pas à cette règle : Si le zona intercostal est en rapport avec les lésions inflammatoires des ganglions spinaux, le ganglion de Gasser étant l'équivalent des ganglions spinaux, des lésions semblables doivent y être recherchées. M. le Professeur Rollet et M. Colrat eurent l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un homme âgé de 79 ans, atteint de zona ophtalmique, et de faire l'examen histologique du ganglion de Gasser.

Cet examen a montré l'existence d'une inflammation interstitielle avec dilatation vasculaire et dégénérescence des grosses cellules ganglionnaires. Au point de vue anatomique, les lésions sont absolument superposables aux descriptions d'André Thomas et Heuyer qui ont insisté sur l'importance des lésions du ganglion de Gasser.

L'infection ne touche point seulement le ganglion de Gasser, mais elle se transmet aussi à la branche ophtalmique.

Les coupes du nerf ophtalmique permettent d'apercevoir également une inflammation interstitielle ; les fibres nerveuses présentent des altérations dégénératives, d'ordre inflammatoire, avec désintégration de la gaine de myéline.

Le ganglion ciliaire présente des lésions tout à fait semblables à celles du ganglion de Gasser : infiltration cellulaire et sanguine dans le ganglion et dans la capsule, dilatation des vaisseaux et épanchement de sang, présence des grains noirs vus par la coloration de Marchi, et enfin prolifération des éléments des capsules péricellulaires.

Les nerfs ciliaires présentent aussi les signes de l'atteinte : infiltration cellulaire, granulations noires, extravasation de sang.

Les altérations de la cornée au cours du zona sont beaucoup moins bien connues en raison de la rareté des examens histologiques ; cependant, grâce au microscope cornéen combiné à la lampe à fente de Gullstrand, on peut faire une véritable microscopie de l'œil sur le vivant : toutefois, de tels examens sont encore rares et nous n'avons pas trouvé d'autre observation que celle que nous rapportons ; en raison de cette unique constatation, cette étude ne peut actuellement qu'être ébauchée.

Observées à la lampe de Gullstrand, les lésions cornéennes apparaissent de nature inflammatoire et se caractérisent essentiellement par des infiltrats gris — amas de cellules migratrices — disséminés dans le stroma cornéen, d'autres même très superficiels dans les plans profonds de l'épithélium. Il existe, d'autre part, des stries sombres, à contour très net, rappelant tout à fait des plicatures de la Descemet, très visibles au début et qui disparaissent assez rapidement au bout de quelques jours. Enfin, il existait des dépôts cellulaires grisâtres saillant dans la chambre antérieure.

En résumé, lésions de kératite inflammatoire profonde.

L'état des nerfs nous a paru difficile à préciser : ils nous ont apparu sous la forme de stries grisâtres, troubles, comme s'ils étaient tuméfiés et épaissis.

Par contre, un fait négatif intéressant à signaler est l'absence de vaisseaux, aussi bien à la période précoce que tardive, fait souligné par tous les observateurs et que nous avons pu vérifier de façon certaine au biomicroscope chez notre malade.

Nous voyons donc que tout le tissu cornéen peut participer au processus inflammatoire du zona et que le terme de kératite profonde ou de kératite interstitielle est parfaitement justifié : les caractères même cliniques de ce processus le différencient de la kératite interstitielle hérédo-syphilitique type Hutchinson, et l'absence de vaisseaux paraît en être l'élément distinctif essentiel.

Avec ce que nous savons du processus intime des lésions du zona, il est logique de penser que les lésions nerveuses doivent jouer un rôle ; c'est pourquoi il était intéressant de préciser l'aspect des nerfs à l'intérieur de la cornée.

Chez notre malade, il a bien semblé que les filets nerveux cornéens étaient épaissis, car l'on voyait des stries grisâtres troubles ; cependant, cet aspect n'avait rien de bien caractéristique ; toutefois, ce que nous savons de l'anatomie pathologique du zona nous permet de supposer qu'il en était bien ainsi, et de penser que ces lésions des fibres nerveuses intra-cornéennes

devaient jouer un rôle important dans la détermination des diverses altérations de la Descemet.

Ces altérations, comme nous l'avons vu, impliquent d'une part un processus inflammatoire, signé par la présence d'infiltrats gris, d'autre part des altérations de la membrane de Descemet se traduisant par des plissements de celle-ci.

Ces lésions étaient profondes, d'autres étaient relativement superficielles : ces dernières, dont le maximum d'intensité paraissait être dans les plans profonds de l'épithélium, nous ont fait craindre que ce dernier ne s'ulcérât ; en effet, à l'examen en surface miroitante, cet épithélium avait en deux-trois zones assez bien limitées, perdu sa régularité et les colorants vitaux, tels que le bleu de méthylène, prenaient en un fin piqueté microscopique qui semblait indiquer que cet épithélium malade et dégénéré était sur le point de tomber, laissant une ulcération ; et l'on peut se demander si ce ne serait pas là un mode de débat pour certaines lésions superficielles du zona.

Il a semblé, dans notre observation, que le traitement a permis de juguler l'évolution vers l'ulcération vraie.

En somme, dans notre cas, nous avons un mélange de lésions :

a) à *allure inflammatoire* : ce sont les dépôts de descemétite, amas de cellules migratrices ;

b) à *allure trophique, dégénérative* : ce sont les modifications nerveuses (épaississement des nerfs), l'hypoesthésie, peut-être les plissements de la Descemet.

Par le rôle important que jouent très certainement les altérations des nerfs, la kératite du zona peut être comparée dans une certaine mesure à la kératite neuro-paralytique.

Les modifications de forme, d'aspect des nerfs et l'hypoesthésie constante de la cornée au cours du zona permettent de penser que ce mécanisme nerveux est loin d'être négligeable.

Toutefois, au cours du zona, les lésions paraissent plus profondes, et surtout, avant toute ulcération, ces dernières présentent un aspect manifestement inflammatoire qui les distingue nettement, semble-t-il, des altérations cornéennes de la kératite neuro-paralytique trophiques et dégénératives au début : celles-ci ne sont que secondairement inflammatoires, provoquant une ulcération de la cornée.

En résumé, nos examens au biomicroscope ont permis de constater que les divers plans de la cornée semblaient se prendre simultanément et que, dès le début, il existait un mélange de lésions, d'une part trophiques et dégénératives, d'autre part inflammatoires. Les nerfs, en effet, semblaient atteints et devaient jouer un rôle important.

Par conséquent, le mécanisme des kératites neuro-paralytique et zostérienne diffère :

1° Dans la kératite neuro-paralytique, nous avons d'emblée un trouble trophique, dégénératif ; après quoi survient l'infection, sous l'influence des traumatismes répétés de la cornée.

2° Dans la kératite interstitielle primitive du zona,

nous assistons à l'existence simultanée de lésions à allure trophique et inflammatoire.

En somme, pour conclure, il semble que la kératite interstitielle primitive du zona soit due à la propagation d'un processus infectieux le long des nerfs : il est fort probable que ce processus gêne profondément le rôle normal de ces nerfs.

CHAPITRE V

Pronostic et traitement

A. — PRONOSTIC. — Le pronostic du zona ophtalmique doit toujours être réservé, étant donné les lésions oculaires qui, comme nous l'avons vu, ne manquent jamais, mais en est-il de même de celui des kératites interstitielles primitives ? La plupart des observations que nous avons pu recueillir nous montrent la bénignité relative de cette manifestation oculaire : malgré tout, il ne faudrait point croire que le pronostic en est bénin : c'est une affection à évolution longue, nécessitant des soins énergiques et appropriés.

Deux cas peuvent se présenter :

1° *La guérison est complète.* — L'état de la cornée s'améliore considérablement. L'infiltration grisâtre qui siégeait dans le tissu propre de la cornée s'efface peu à peu, lentement, pour disparaître d'une manière absolue. Les lésions profondes de descémétite n'existent plus ; les nerfs reprennent leur aspect normal, et l'acuité redevient ce qu'elle était auparavant.

2° *Il persiste un léger trouble dans les couches interstitielles de la cornée.* — Ces lésions peuvent aboutir parfois à une diminution plus ou moins notable de la vision, car dans la kératite il est bien rare qu'il ne persiste pas un certain trouble de la cornée et nous pouvons répéter l'opinion d'Hutchinson : quand l'œil a participé, et nous savons qu'il y participe toujours plus ou moins, à la maladie, la cornée perd fréquemment sa sensibilité et ne la recouvre jamais presque complètement. Ces troubles cornéens sont relativement bénins et méritent d'être recherchés soigneusement ; il existe encore dans la cornée un léger trouble, quelques opacités très peu marquées que seule la loupe permet de distinguer, car, à l'œil nu, la cornée semblerait transparente. Ces lésions opacifiées entraînent par la suite une diminution de la vision qui est la plupart du temps insignifiante.

Dans le cas de notre malade, nous avons encore après guérison quelques vagues nébulosités très discrètes, des opacités bien circonscrites.

Dans nulle observation nous n'avons pu recueillir une infiltration épaisse persistante : toutes les lésions régressent ; toutes ces kératites guérissent dans l'ensemble ; seules, quelques opacités diminuent, mais d'une manière très légère, l'acuité visuelle.

En résumé, le pronostic est assez bon, mais l'évolution paraît souvent de longue durée.

B. — TRAITEMENT :

1° *Du zona ophtalmique en général.*

En raison de sa gravité, le zona doit être traité d'une

manière minutieuse : il importera d'appliquer au début, sur les lésions du zona, des pansements légers faits avec des compresses onctueuses. Plus tard, quand les croûtes seront tombées, on pourra employer des poudres aseptiques stérilisées; à mesure que les escarres se délimitent et se détachent, on les aidera à tomber, de façon à enlever le plus vite possible les croûtes épaisses, au-dessous desquelles peuvent se faire des infections secondaires.

Pour calmer les douleurs, on utilisera les analgésiques usuels : aspirine, antipyrine ; on pourra même, dans quelques cas et pendant quelques jours, avoir recours aux injections de morphine. Dans certains zonas accompagnés de crises très douloureuses, on a dû faire des injections calmantes de novocaïne sur les émergences de l'ophtalmique.

M. le Professeur Rollet a employé la radiothérapie, qui paraît avoir une action sédative, de même que la diathermie.

2° *Mais c'est vers le globe oculaire et en particulier vers la cornée que doit se porter l'attention du médecin : c'est là le danger principal du zona ophtalmique.*

Dès le début, et tous les jours ensuite, l'œil doit être examiné de façon à ce que le traitement soit donné sans retard dès que survient une complication oculaire.

Dans le cas de kératite, on instillera des gouttes d'argyrol à 5 pour 100; on emploiera aussi des pom-mades mercurielles ; de plus il sera bon d'utiliser l'atropine à 1 pour 100, soit parce qu'une iritis peut se développer insidieusement derrière les opacités cor-

néennes ; on cessera l'atropine quand la pupille se dilatera bien et rapidement.

L'emploi des injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène sera aussi recommandé.

Morax conseillait de porter un pansement occlusif sur l'œil atteint de kératite.

On pourra faire en outre des compresses chaudes plusieurs fois par jour, ainsi que des cataplasmes : ce fut le traitement institué par Terrien et Köster pour leurs malades.

Enfin, dans les cas graves, où l'on peut redouter les ulcération trophiques de la cornée, on pourra être appelé à faire une blépharoraphie.

Conclusions

I. — Le zona ophtalmique est une affection grave caractérisée par une triade symptomatique : éruption cutanée, douleur, lésion oculaire.

Comme complications, on peut noter à la cornée une lésion superficielle ulcéreuse, banale, dont nous ne nous occuperons pas ici.

Dans d'autres cas, on peut voir une kératite profonde, d'emblée, sur laquelle M. le Professeur Rollet a attiré l'attention, et dont nous pouvons apporter plusieurs exemples.

II. — La symptomatologie de la kératite interstitielle primitive du zona peut être étudiée avec plus de précision à l'aide du microscope cornéen de Gullstrand : intégrité de l'épithélium antérieur, infiltration grisâtre dans le stroma, épaissement des filets nerveux, lésions profondes de la Descemet se traduisant par des plissements et des précipités saillants dans la chambre antérieure, *surtout absence de vaisseaux*.

III. — Le diagnostic est généralement facile, grâce à l'éruption cutanée très caractéristique et aux douleurs.

Il doit se faire :

a) Avec la kératite superficielle du zona : celle-ci présente une ulcération facile à mettre en évidence.

b) Avec la kératite hérédo-syphilitique : dans ce

cas, *présence de vaisseaux* dans le parenchyme cornéen et signes propres à la syphilis héréditaire : antécédents, réaction Bordet-Wassermann, bilatéralité des lésions, triade d'Hutchinson.

c) Avec la kératite neuro-paralytique : absence de douleurs névralgiques et d'éruption cutanée.

IV. — Le zona ophtalmique peut être considéré comme étant une gassérite inflammatoire par virus neurotrope.

Il semble que cette atteinte grave des éléments nerveux déterminent au niveau de la cornée des lésions dont les unes sont de nature trophique, les autres de nature inflammatoire.

V. — a) Le pronostic de la kératite est relativement bénin.

La cornée retrouve sa transparence : mais il est des cas où il persiste un léger trouble interstitiel, gênant d'une manière très légère la vision.

Mais c'est une affection à évolution lente.

b) Le traitement doit être rigoureux.

Ce sera tout d'abord le traitement du zona ophtalmique ; ensuite on aura recours aux soins antiseptiques de la cornée, aux instillations d'atropine.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	ETIENNE ROLLET.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 18 Octobre 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- CHAFFIK BASSANTI HERRIAN. — Lésions anatomo-pathologiques du zona ophtalmique (*Thèse de Lyon*, 1926).
- DUMÉRY. — Du zona ophtalmique et de ses manifestations graves (*Thèse de Lyon*, 1896).
- KÖSTER. — Un cas de zona ophtalmique avec kératite sans lésion épithéliale (*Archives d'ophtalmologie*, 1900, et *Annales d'oculistique* 1899, tome CXXI, p. 96).
- DE LAPERSONNE et CANTONNET. — *Manuel de Neurologie oculaire*, Paris, 1923.
- MORAX. — *Pathologie oculaire*, Paris, 1923.
- PIERRON. — Contribution à l'étude du zona ophtalmique et de ses manifestations graves (*Thèse de Lyon*, 1920).
- ROLLET. — Zona ophtalmique et zona oculaire (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 avril 1920, p. 222).
- Zona oculaire (*Archives d'ophtalmologie*, 1920, p. 321).
- Iritis zostérienne (*Société Française d'ophtalmologie*, 1925).
- Zona amaurotique (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 mars 1928).
- ROLLET et GRANDCLÉMENT. — Un cas de kératite interstitielle compliquant un zona ophtalmique (*Société d'ophtalmologie de Lyon*, juin 1910).
- SULZER. — Contribution à l'étude du zona ophtalmique (*Annales d'oculistique*, 1898, tome CXIX, p. 401).
- TERRIEN. — De la kératite parenchymateuse comme manifestation primitive du zona ophtalmique (*Archives d'ophtalmologie*, 1900, Livre XX, p. 449).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — <i>Aperçu symptomatologique du zona ophtalmique et historique des kératites interstitielles primitives</i>	9
CHAPITRE II. — <i>Symptomatologie</i>	18
CHAPITRE III. — <i>Diagnostic</i>	21
OBSERVATIONS	29
CHAPITRE IV. — <i>Etiologie. Pathogénie</i>	43
CHAPITRE V. — <i>Pronostic et traitement</i>	51
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE	57



MP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

LYON



